

2) che nessun componente del nucleo familiare percepisce, redditi, indennità, aiuti o contributi da parte di Enti Pubblici

Oppure

che uno o più componenti del nucleo familiare percepiscono, al momento della presentazione della domanda:

Reddito di cittadinanza pari a Euro _____ mensili

Reddito di emergenza pari a Euro _____ mensili

Naspi pari a Euro _____ mensili

Indennità di mobilità pari a Euro _____ mensili

Cassa integrazione pari a Euro _____ mensili

Contributo economico Consorzio (servizi sociali) pari a Euro _____ mensili

altri contributi pubblici (specificare) _____ pari a Euro _____ mensili

Altri redditi, anche da attività lavorativa (specificare) _____ pari a Euro mensili _____

Reddito mobiliare/immobiliare (ad es. canoni di locazione) - (specificare) _____ pari a Euro mensili _____

Specificare se trattasi di:

Nucleo monoreddito

Nucleo plurireddito

3) che il proprio nucleo familiare, **alla data di presentazione della domanda**, versa in stato di bisogno per soddisfare le necessità urgenti ed essenziali (generi alimentari e di prima necessità), a causa di una significativa riduzione di reddito in relazione agli effetti economici derivanti dal perdurare dell'emergenza epidemiologica da virus Covid-19; in quanto nel nucleo familiare, è presente:

(necessario indicare almeno una delle condizioni sotto riportate)

a) titolare di attività ridotta o sospesa che non abbia beneficiato di ristori previsti dal Governo o dalla Regione - specificare l'attività _____ e specificare nominativo Ditta _____

b) lavoratore dipendente presso attività ridotta o sospesa senza diritto alla cassa integrazione specificare l'attività _____ e specificare nominativo Ditta _____

c) lavoratore dipendente presso attività ridotta o sospesa per cui il datore di lavoro abbia richiesto l'ammissione alla cassa integrazione ma tale sostegno non sia stato ancora erogato specifi-

- care l'attività _____ e specificare nominativo Ditta _____ ;
- d) collaboratori familiari o assimilati con attività sospesa - specificare l'attività _____ e specificare nominativo Datore di lavoro _____ ;
- e) artigiano con attività sospesa che non abbia beneficiato di ristori previsti dal Governo o dalla Regione - specificare l'attività _____ e specificare nominativo Ditta _____ ;
- f) libero professionista con attività sospesa che non abbia beneficiato di ristori previsti dal Governo o dalla Regione - specificare l'attività _____ e specificare nominativo Studio _____ ;
- g) lavoratori stagionali o a chiamata in settore colpiti dalle sospensioni per l'emergenza, - specificare l'attività _____ e specificare nominativo Datore di lavoro / Ditta _____ ;
- h) lavoratori saltuari o occasionali in settori colpiti dalle sospensioni per l'emergenza, - specificare l'attività _____ e specificare nominativo Datore di lavoro /Ditta _____ ;
- i) lavoratori nel campo della cultura e dell'attività sportiva - specificare l'attività _____ e specificare nominativo Datore di lavoro/Ditta _____ ;
- j) altro (specificare) _____
- ⁽¹⁾ sono ammissibili solo cause direttamente connesse agli effetti dell'emergenza epidemiologica da Covid-
- k) componenti di nuclei segnalati dai Servizi Socio Assistenziali o da soggetti del Terzo Settore.
- l) componenti di nuclei in carico ai Servizi Socio Assistenziali, anche beneficiari di altre forme di sostegno pubblico al reddito, sulla base dei bisogni rilevati nell'ambito dell'analisi preliminare o del quadro di analisi da effettuarsi a cura dell'Assistente Sociale di riferimento.

Dichiara inoltre:

- Che La somma delle **disponibilità economiche** di tutti i componenti del nucleo su conti correnti bancari, postali o qualsiasi altro strumento di deposito, risulti **inferiore o uguale ad € 5.000,00 alla data di presentazione della domanda;**
- Che i componenti del nucleo non sono percettori di trattamenti pensionistici con un importo mensile superiore ad € 600,00;
- Che i componenti del nucleo non sono percettori, in aggiunta a qualunque altra forma di reddito, di rendite mobiliari / immobiliari (es. canoni di locazione) superiori o uguali ad € 400,00

mensili.

Dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Ciriè, li _____

La/Il dichiarante

N.B ALLEGARE ALLA PRESENTE FOTOCOPIA/FOTO DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITA' E DELLA TESSERA SANITARIA RIPORTANTE IL CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE.